

שאלות מיון CRAFFT

(גירסה 2.0)

ימולא על ידי המטופל

ענה בבקשה על השאלות בכנות; תשובותיך ישארו חסויות.

במהלך 12 החודשים האחרונים, כמה ימים את/ה:

(1) שתית יותר מכמה לגימות בירה, יין, או כל משקה המכיל אלכוהול?
ציין "0" אם לא שתית בכלל. _____ ימים

(2) השתמשת בכל סוג של מריחואנה או חשיש (כולל באוכל) או במריחואנה סינטטית (כמו K2 או "ספייס")? ציין "0" אם לא השתמשת בכלל. _____ ימים:

(3) השתמשת במשהו אחר להתמסטל (כמו סמים בלתי חוקיים אחרים, תרופות עם מרשם או תרופות מדף, וחומרים אחרים ששאפת או נשמת)? ציין "0" אם לא שתית "השתמשת" בכלל. ימים: _____

קרא/י את ההוראות האלה לפני שתמשיך/י:

- אם ציינת "0" בכל לכל השאלות הנ"ל, ענה/י על שאלה 4, ואז הפסק/י.
- אם ציינת "1" או יותר כתשובה לשאלות הנ"ל, ענה על שאלות 4-9.

כן	לא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4) האם אי-פעם נסעת במכונית שבה נהג מישהו (כולל עצמך), אשר היה "מסטול" או שהשתמש באלכוהול או בסמים?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5) אם יש ואת/ה משתמש/ת באלכוהול או בסמים כדי להרגע, כדי לשפר את הרגשתך "מצב הרוח שלך", או על מנת להשתלב?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6) האם אי-פעם השתמשת באלכוהול או בסמים בזמן שאתה לבד, או בודד?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(7) האם קורה שאת/ה שוכח/ת דברים שעשית בעת השימוש באלכוהול או בסמים?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(8) האם בני משפחתך או חבריך אמרו לך אי-פעם שעליך "כדאי לך" להפחית בשתיית אלכוהול או בשימוש בסמים?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(9) האם אי-פעם הסתבכת בבעיות בזמן שהשתמשת באלכוהול או בסמים?

לתשומת לב צוות המרפאה ורישום רפואי:

המידע בדף הזה מוגן ע"י חוקי סודיות פדרלים מיוחדים (CFR 42 חלק 2), אשר אוסרים על גילוי מידע זה, אלא מורשה באישור ספציפי. אישור כללי או רגיל לשחרור מידע רפואי אינו מספיק.

© ג'ון ר. ניט MD. צ'ילדרן הוספיטל בוסטון, 2016. כל הזכויות שמורות. הונפק ברשות המרכז למחקר התמכרות לחומרים ממכרים בגיל ההתבגרות (CeASAR) צ'ילדרן הוספיטל בוסטון. www.ceasar.org (617-355-5433)

למידע נוסף וגירסאות בשפות אחרות, ראה/י www.ceasar.org